

Aleksandra Katarzyna Tomasiewicz<sup>1,2</sup>, Bartłomiej Taurogiński<sup>2</sup>

## TERAPIA WIELORODZINNA — NOWA METODA PRACY Z RODZINAMI

### MULTI-FAMILY THERAPY — A NEW METHOD OF WORKING WITH FAMILIES

<sup>1</sup>Pracownia Psychologii i Psychoterapii Systemowej; Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży;  
Katedra Psychiatrii UJ CM

<sup>2</sup>Oddział Kliniczny Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży SU w Krakowie

**multi-family therapy  
psychotherapy  
mental disorders**

*Autorzy artykułu przedstawiają proces rozwoju terapii wielorodzinnej. Metoda pracy terapeutycznej, w której uczestnikami jest równocześnie kilka systemów rodzinnych, stosowana jest na świecie od końca lat 40. ubiegłego wieku. Autorzy wskazują na wiele zalet tej metody i rekomendują ją do stałego włączania jako istotną ofertę terapeutyczną na terenie Polski.*

#### Summary

The aim of this article is to familiarize the reader with the method of therapeutic work called multi-family therapy (MFT), in which several families participate simultaneously. The authors are presenting the process of development of multi-family therapy around the world, which has been continuing since the 40s of the previous century. The text describes the possibilities of using the multi-family therapy in treatment of different mental disorders, in diverse institutional settings, as well as in different forms tailored to families' needs. This form of therapy can be used, among others, with multi problem families, is employed in treatment of eating-disordered patients, teenagers and their families, and becomes useful when it comes to cooperation with schools. The authors recommend this form of psychotherapy in our country and they indicate that it deserves organizing proper courses on teaching of its rules and including it in therapeutic care offered in our country.

#### Wstęp

Terapia wielorodzinna (ang. *multi-family therapy* — MFT) jest formą terapii, w której do uczestnictwa zaprasza się kilka rodzin jednocześnie. Można o niej powiedzieć, że stanowi połączenie terapii rodzinnej z terapią grupową. Jest swoistą hybrydą powstałą na bazie doświadczeń terapeutów rodzinnych i grupowych wyrastającą na gruncie zmieniających się realiów pracy i podyktowaną pragmatycznymi względami. W prostych słowach — stanowi spotkanie kilku rodzin (zwykle trzech lub więcej), na którym poświęca się czas kwestiom, które są dla nich wszystkich wspólne. Zwykle u jednego z członków rodziny występuje określony problem dotyczący sfery zdrowia psychicznego (np. zaburzenie psychiatryczne lub jadłowstręt psychiczny), funkcjonowania szkolnego (np. niskie osiągnięcia w szkole)

lub relacji wewnątrzrodzinnych (np. wrogość czy przemoc). Może on być definiowany z perspektywy psychiatrycznej, edukacyjnej, prawnej lub socjalnej. Wielkość grupy uzależniona jest od liczby oraz liczności poszczególnych rodzin. Do pracy terapeutycznej można zaprosić diady matek z dziećmi (jak to się dzieje w przypadku terapii wielorodzinnej dla matek z niemowlętami), rodziców z dzieckiem (będącym w tym przypadku pacjentem identyfikowanym) lub z całym rodzeństwem. Jeżeli okoliczności oraz względy terapeutyczne i pragmatyczne na to wskazują, na terapię zaprasza się także członków dalszej rodziny (np. dziadków), pozostałych współmieszkańców lub inne osoby zaangażowane w życie rodzinne. Możliwe jest także włączenie w proces terapeutyczny byłych małżonków, aktualnych partnerów, przysposobionych dzieci, a w niektórych kontekstach — nauczycieli, pedagogów czy wychowawców.

### **Przed pojawieniem się MFT**

Określenie, kto był pionierem terapii wielorodzinnej oraz momentu, w którym została ona zastosowana po raz pierwszy, przysparza pewne trudności. Powodem tego jest proces swoistej „ewolucji”, który można było obserwować w okresie poprzedzającym jej ukonstytuowanie się w formie znanej nam dzisiaj. Zanim pojawiły się opisy doświadczeń z prowadzenia grup wielorodzinnych, publikowane były artykuły z doświadczeniami pracy z grupami krewnych osób chorujących lub też z grupami małżeństw przeżywających określone problemy.

W latach 40. i 50. minionego stulecia w Stanach Zjednoczonych pojawiały się publikacje z opisami doświadczeń płynących z pracy terapeutycznej z rodzicami dzieci przejawiających problemy z zachowaniem w szkole [1] lub z krewnymi osób chorujących na schizofrenię [2, 3, 4]. Na szczególną uwagę zasługują prace W.D. Rossa, który opisał, w jaki sposób powstała koncepcja objęcia oddziaływaniami terapeutycznymi matek hospitalizowanych pacjentów. Pomysł ten był czysto pragmatyczny — zorganizowanie dla nich spotkań miało być rozwiązaniem dla kłopotliwego, utrudniającego pracę, ciągłego adresowania się opiekunów do personelu medycznego z pytaniami i prośbami. By zatem oszczędzić nieco czasu lekarzom, postanowiono spotykać się z wieloma matkami jednocześnie. Formuła takich spotkań pozwalała na ich swobodne rozmowy między sobą oraz na zadawanie wspólnych pytań lekarzom prowadzącym leczenie. Jak opisuje Ross — spotkania te pomagały opiekunom w radzeniu sobie z żałobą po utracie zdrowia dziecka, wpływały na zmniejszenie poczucia stygmatyzacji, a także ułatwiały pogodzenie się z koniecznością długotrwałej hospitalizacji. Kolejnym ich walorem był również aspekt psychoedukacyjny prowadzonej grupy. Hospitalizowani pacjenci uczestniczyli w oddzielnych sesjach grupowych. Do spotkań dla matek dołączali tylko wtedy, gdy terapeuci decydowali się na wykorzystanie technik psychodramy.

Inną formą pracy terapeutycznej, którą można uznać za poprzedzającą pojawienie się MFT, była terapia grupowa dla małżeństw. Pierwsze doniesienia o tego typu prowadzonej terapii zaczęły się pojawiać w latach 60. Szczegółowo o tej formie pracy pisze Gottlieb [5], który w swoim artykule podał przykłady kliniczne, opisał dynamikę procesów grupowych oraz proces zmiany u pojedynczego uczestnika, a także opisał rolę koterapeuty. W tym miejscu należy wspomnieć, że podobnymi doświadczeniami dysponują polscy terapeuci.

Próby prowadzenia terapii grupowej dla par podejmował Zakład Terapii Rodzin Katedry Psychiatrii UJ w Krakowie [6].

W 1953 roku wydana została książka autorstwa Abrahamsa i Varon [7] pt. „Maternal dependency and schizophrenia: mothers and daughters in a therapeutic group (Schizofrenia a zależność od matki: terapia grupowa dla matek i córek)”. W książce tej znalazł się opis prowadzonych spotkań terapeutycznych przeznaczonych dla dziewcząt chorujących na schizofrenię i ich matek. Obiektem zainteresowania badaczy terapeutów był jednak bardziej opis relacji matka — córka i ocena poziomu ich zależności (co stanowiło odzwierciedlenie popularnej wówczas koncepcji schizofrenogennej matki) aniżeli opis spotkań jako nowej formy terapii.

### Pierwsze doświadczenia MFT

Pierwsze doniesienia o pracy terapeutycznej obejmującej grupę chorujących pacjentów i ich rodziny pojawiły się na Trzecim Światowym Kongresie Psychiatrii w Kanadzie w 1961 roku [za: 8]. W tym samym roku w czasopiśmie „Archives of General Psychiatry” opublikowany został artykuł autorstwa Hesa i Handlera [9], w którym przedstawiono opis nowatorskiej metody pracy terapeutycznej zakładającej prowadzenie na oddziale ogólnopsychiatrycznym równolegle trzech form oddziaływań — terapii grupowej dla pacjentów, terapii grupowej dla ich rodzin oraz terapii grupowej zarówno dla pacjentów, jak i pozostałych członków rodziny (autorzy na określenie swojej pracy użyli terminu *multidimensional group psychotherapy* — wielopłaszczyznowa terapia grupowa). Podczas gdy spotkania z pacjentami czy z rodzinami pacjentów przebiegały w spokojnej atmosferze, spotkania w grupie mieszanej wywoływały wiele emocji do tego stopnia, że obserwatorzy sesji mówili o trudnościach w rozróżnianiu między pacjentami a niepacjentami. Autorzy artykułu umieścili w nim podsumowanie, które podkreślało, iż mimo dość niekonwencjonalnego sposobu zorganizowania grup i ich prowadzenia, a także mimo tego, że czas przebywania pacjentów w szpitalu był niedługi, obserwowano spektakularne zmiany w pacjentach i w ich rodzinach [9].

### Oficjalny początek MFT w USA

Za ojca i twórcę MFT uznaje się Petera Laqueura — lekarza psychiatrę praktykującego w Nowym Jorku w latach 60. ubiegłego wieku [10]. W artykule opublikowanym w 1969 roku opisał przebieg psychoterapii, w której uczestniczyło pięciu młodych pacjentów hospitalizowanych z powodu schizofrenii oraz najbliżsi członkowie ich rodzin. Podczas hospitalizacji pacjentów (jak i często po niej) zespół składający się z terapeuty i obserwatora prowadził cotygodniowe sesje trwające 75 minut. Laqueur szybko zauważył, że podczas spotkań rodzin z innymi rodzinami, doświadczającymi podobnych trudności, najistotniejszymi czynnikami leczącymi okazały się: dzielenie się wspólnymi doświadczeniami, wzajemne wsparcie, konstruktywny krytycyzm i modelowanie.

Cenne doświadczenia Laqueura stały się inspiracją dla innych klinicystów i przyczyniły się do powstania wielodyscyplinarnych zespołów składających się z psychologów, psychiatrów i psychoterapeutów, którzy rozpoczęli stosowanie MFT, skupiając się głównie wokół pomocy rodzinom pacjentów psychotycznych. McFarlane [za: 11] zaadaptował

ten rodzaj pracy do pomocy rodzinom pacjentów leczących się psychiatrycznie. Zwrócił uwagę na możliwość zastosowania tej metody w procesie resocjalizacji, przeciwdziałania stygmatyzacji, poprawie komunikacji i w zarządzaniu kryzysem. Zaobserwował również, iż osiągnięcie przez rodziny lub indywidualnych jej członków „wglądu w problem” nie jest konieczne, aby doszło do terapeutycznej zmiany. Zamiast tego wierzył, że rodziny mogą uczyć się poprzez dostrzeganie części siebie w innych — zauważając w ten sposób również własne dysfunkcje.

Anderson [za: 11] zastosowała ideę psychoedukacji w terapii wielorodzinnej dla pacjentów ze schizofrenią. W jej modelu pracy istotną rolę odgrywało znaczenie i rozumienie języka, który umożliwia nawiązywanie bliskości z drugim człowiekiem i za pomocą którego możliwe jest dzielenie się opisem rzeczywistości. Teoria leżąca u podstaw jej pracy głosiła, że poprzez poprawę nieprawidłowości w komunikacji stwarza się warunki do powstawania jej bardziej funkcjonalnych wzorów. Takie podejście do pracy terapeutycznej z rodzinami miało poprawić sposób odnoszenia się rodzin do chorujących osób, a poprzez pracę nad krytycznością, wrogością czy nadmiernym zaangażowaniem — zmniejszyć poziom ekspresji emocji (ang. *expressed emotions* — EE). W pozostałych aspektach model ten przypominał sposób pracy McFarlane’a, w którym czynnikami wspólnymi były m.in. pomoc rodzinom w rozbudowywaniu sieci społecznych, redukcja zjawiska stygmatyzacji i chęć odciążenia opiekunów poprzez zaoferowanie rodzinom wsparcia ze strony personelu medycznego.

### MFT na świecie

Podejście w nurcie MFT było rozwijane również poza kontynentem Ameryki Północnej, sięgnęło nie tylko Europy, ale również Ameryki Południowej. Poza intensywnym rozwojem metody na terenie Anglii (co szczegółowo zostanie przedstawione w kolejnym podrozdziale) w podobnym czasie swoje doświadczenia opisywały zespoły z Francji, Belgii czy Szwajcarii [za: 11].

Benoît z zespołem [12] w publikacji z 1980 roku opisali doświadczenia, które zdobywali w podparyskim szpitalu dla osób chorujących psychicznie w Villejuif pod koniec lat 70. Prowadzili spotkania dla rodzin pacjentów hospitalizowanych, a za cel postawili sobie skrócenie hospitalizacji. Zwrócili uwagę na to, iż każdy system rodzinny stawiał się bardziej autonomiczny poprzez interakcje z członkami innych rodzin, ale i z innymi pacjentami czy członkami personelu medycznego.

W połowie lat 80. w szwajcarskim miasteczku Cery dr Salem [13] wraz z zespołem lekarzy, asystentem socjalnym i pielęgniarką oddziałową rozpoczęli proces przeciwdziałania izolacji społecznej i psychicznej u pacjentów psychiatrycznych. MFT, którą Salem opisuje w publikacji z 1985 roku, odbywała się przez dziesięć miesięcy z częstotliwością raz w miesiącu. W terapii brało udział trzynaście rodzin, spośród których pięć docierało regularnie na każde spotkanie. Większość doświadczała na co dzień życia z bliskim chorującym na schizofrenię, a prawie połowa z pacjentem chorującym przewlekłe. Jako korzystne efekty zastosowanej metody zespół terapeutyczny i rodziny określili: otwarcie na relacje wewnątrzrodzinne i w przestrzeni społecznej, jaśniejsze granice międzypokoleniowe, łatwiejsze wyrażanie emocji, ułatwienie metakomunikacji (poprzez rozmowy

dotyczące emocji, relacji czy przekazu werbalnego i pozawerbalnego), a także nauczenie się nowych zachowań wewnątrzrodzinnych poprzez wzorowanie się na innych rodzinach.

Jorge García Badaracco to argentyński psychiatra, który od początku lat 60. minionego wieku przyczyniał się do rozwoju MFT w Buenos Aires [14]. Stosując tę metodę, odnosił się do ujmowania rodziny w jej szerokim kontekście, co oznaczało, że na prowadzone przez niego spotkania terapeutyczne mogli przyjść wszyscy czujący się dotknięci chorobą pacjenta poprzez zauważenie jej wpływu na ich życie w jakimkolwiek stopniu. Bywało, iż na tego typu terapii pojawiała się około 100 osób, w tym Badaracco i inni terapeuci. Na spotkaniach MFT zwracał on szczególną uwagę na swoją dostępność, uważał, iż jest to fundamentalna cecha terapeuty wielorodzinnego. Tego rodzaju terapię proponowano rodzinom pacjentów ze schizofrenią, ale również z zaburzeniami nastroju. Terapia wielorodzinna była organizowana raz w tygodniu, a dodatkowo pacjenci mieli możliwość uczestniczenia w terapii indywidualnej oraz rodzinnej. W sumie Badaracco przeprowadził sesje terapii wielorodzinnnej dla ponad 3000 swoich pacjentów. W publikacjach opisujących swoje doświadczenia podkreślał znaczenie różnych przestrzeni dla pacjenta ze schizofrenią, tj. w terapii indywidualnej, rodzinnej, a też wielorodzinnnej. Według niego wszystkie wspomniane rodzaje terapii są komplementarne i dają możliwość zobaczenia funkcjonowania pacjenta z różnych perspektyw, co uważał za niezbędne do zrozumienia jego problematyki pacjenta i organizacji opieki w ujęciu całościowym. Badaracco podkreślał znaczenie potencjału zdrowia, który znajduje się nie tylko w każdym pacjencie, ale i każdej rodzinie, a także konieczności pracy na podstawie podobieństw.

### **Pierwszy na świecie ośrodek oparty o idee MFT**

Marlborough Family Service była londyńską instytucją powstałą jako przekształcenie Marlborough Day Hospital — oddziału dziennego dla dzieci [15]. Osobą odpowiedzialną za zmianę nazwy, a następnie za ciągłe przekształcanie ośrodka, był brytyjski psychiatra Alan Cooklin, który został dyrektorem Marlborough w 1976 roku. Jedną z pierwszych decyzji, jakie podjął, była właśnie zmiana nazwy ośrodka, która miała w większym stopniu odzwierciedlać nowe podejście do pracy z rodzinami. Ośrodek nie miał być „szpitalem”, w którym „leczy się” „pacjentów”, ale instytucją, która „służy” wszystkim członkom rodziny. Zmianie nazwy towarzyszyła także zmiana paradygmatu pracy. W ośrodku funkcjonującym dotąd głównie w oparciu o teorie psychoanalityczne, Cooklin stopniowo zaczął wprowadzać idee systemowego rozumienia rodziny, sprawiając w ten sposób, że Marlborough w szybkim tempie stało się ośrodkiem terapii rodzin. Jego pracę dyrektora kontynuował Eia Asen, największy propagator idei MFT na świecie.

Terapeuci pracujący w Marlborough dość szybko zwrócili uwagę na rodziny, u których skuteczność stosowanych przez nich interwencji była niewielka. Rodziny te, zgodnie z teorią Minuchina, cechowała chaotyczna struktura, rozmyte lub nieistniejące granice pomiędzy subsystemami, duży poziom uwikłania (ang. *enmeshment*), zaburzenia hierarchii rodzinnej, a także jednoczesne doświadczanie wielu problemów. Co zaskakujące — w odniesieniu do świata zewnętrznego, a w szczególności w odniesieniu do instytucji kontrolnych, takich jak np. pomoc społeczna — prezentowały one wysoki poziom jednomyślności i zjednoczenia. Brakowało im jednak zdolności do zachowania struktury i organizacji wewnętrznej

(dotyczącej pracy, finansów, opieki nad dzieckiem). Rodzin tych nierzadko dotyczył także problem przemocy, uzależnienia od substancji psychoaktywnych lub alkoholu, choroby psychicznej u rodzica lub dziecka czy izolacji społecznej. Z tych względów w pomoc wspomnianym rodzinom zaangażowane były różne instytucje (np. szkoła, pomoc społeczna, sąd rodzinny) i wielu specjalistów (psychoterapeuci, lekarze, psychiatrzy). Wzbudzały one zatem poczucie bezsilności i nietrudno było dojść do wniosku, że pomoc tym rodzinom jest niemożliwa. Dobrym pomysłem wydawało się zatem objęcie je terapią rodzinną, ale jedno spotkanie tygodniowo było w ich przypadku niczym kropla w morzu potrzeb.

To właśnie z myślą o takich tzw. wieloproblemowych rodzinach powstał przy Marlborough oddział dzienny dla rodzin (*Family Day Unit* — FDU), który w całości został oparty na idei terapii wielorodzinnej. Był miejscem bardzo intensywnej pracy terapeutycznej: przez pięć dni w tygodniu, przez około osiem godzin dziennie pod jednym dachem spotykało się nawet do dziesięciu rodzin. W nieustannie rozwijającej się instytucji pracował interdyscyplinarny zespół specjalistów składający się z m.in. psychiatrów, pracowników socjalnych, psychologów, nauczycieli, terapeutów i pielęgniarek. Praca terapeutyczna przebiegała według ustalonego programu (będącego odpowiedzią na brak wewnętrznej organizacji rodzin), który zakładał pojawianie się „kontrolowanych kryzysów”. Celem terapeutów było doprowadzenie do sytuacji, w której rodziny musiały radzić sobie z kryzysem w instytucjonalnie stworzonym kontekście terapeutycznym. Dzięki odnalezieniu nowych sposobów radzenia sobie, do pomocy rodzinie nie trzeba było angażować kolejnych specjalistów czy instytucji, ograniczając w ten sposób swoistą „fragmentację” systemu wsparcia. W ramach oddziaływań terapeutycznych stosowanych w *Family Day Unit* odbywały się codzienne zebrania społeczności, sesje terapii rodzinnej, sesje terapii grupowej dla rodziców, terapia grupowa dla dzieci i oczywiście sesje terapii wielorodzinnej. Dodatkowo w planie dnia znajdowano czas na wspólne spędzanie czasu rodziców z dziećmi, przygotowywanie posiłków czy robienie zakupów.

Program dnia był skonstruowany w taki sposób, by rodziny doświadczały ciągłej zmiany kontekstu poprzez przechodzenie od jednej aktywności do następnej. Rodzina mogła spotkać się z terapeutą na sesji rodzinnej lub uczestniczyć w spotkaniu z terapeutą razem z innymi; domownicy mogli otrzymać zadanie do wspólnej realizacji z innymi rodzinami w ustrukturyzowanej formie lub mogli też spędzać czas na nieformalnych, nieustrukturyzowanych, swobodnych aktywnościach polegających głównie na zabawie razem z innymi rodzinami i personelem; opiekunowie mogli spotkać się razem, podczas gdy ich dzieci miały zajęcia szkolne lub terapeutyczne; mogli być poproszeni o zajęcie się dziećmi swoimi, ale też dziećmi z innej rodziny. Te ciągłe zmiany kontekstu wymuszały na rodzinach zmianę sposobu zachowania i oczekiwań wobec innych, wystawiając na próbę ich wyuczone schematy zachowań i zachęcając do ciągłego eksperymentowania.

*Family Day Unit* z biegiem lat przechodził wiele modyfikacji. Zmieniał się czas przebywania rodziny pod opieką instytucji czy program dnia. Modyfikowano także proporcję oddziaływań wielorodzinnych w porównaniu z pozostałymi, z biegiem czasu na korzyść MFT. W stosowanym podejściu terapeutycznym korzystano z doświadczeń i superwizji czołowych terapeutów rodzinnych, takich jak Salvador Minuchin oraz Luigi Boscolo i Gianfranco Cecchin. Terapeuci FDU inspirowani pracami Toma Andersena wprowadzili także do pracy terapeutycznej zasady tzw. zespołu reflektującego. Z kolei w ostatnich latach



terapeuci wielorodzinni w Anglii w bardzo dużym stopniu zaczęli zwracać uwagę na stosowanie interwencji terapeutycznych w oparciu o teorię mentalizacji.

### **Różnorodność zastosowania MFT**

Pierwsze doświadczenia z pracy wielorodzinnej, jak wspomniano już wcześniej, dotyczyły głównie pacjentów cierpiących na zaburzenia psychiczne [2, 3, 4, 8, 10, 16, 17] i początkowo właśnie w takim kontekście MFT znajdowało największe zastosowanie. Jednak z biegiem lat podejmowano próby zastosowania tej metody w różnych warunkach instytucjonalnych (oddziały stacjonarne, oddziały dzienne, poradnie, szkoły), u rozmaitych grup populacyjnych (dzieci, młodzież, dorośli), a także wobec osób cierpiących na różne zaburzenia psychiatryczne czy somatyczne. Zebranie w jednym miejscu wszystkich dotychczasowych doświadczeń na temat MFT jest zadaniem trudnym, niemniej poniżej podjęto próbę przedstawienia co ciekawszych doniesień z ostatnich kilkunastu lat.

Interwencje terapeutyczne oparte na współpracy z rodziną okazały się efektywne w leczeniu zaburzeń depresyjnych, a uwagę na to zwracali m.in. Keitner [18] i Lemmens [19]. Ten ostatni w badaniach przeprowadzonych ze swoim zespołem wskazał na lepsze rezultaty w leczeniu osób z rozpoznaniem głębokiej depresji, jeżeli do standardowego programu terapeutycznego dołączona zostanie terapia rodzinna lub wielorodzinna. W grupie osób uczestniczących w MFT odnotowano większy odsetek pacjentów odpowiadających na leczenie, mniejsze zapotrzebowanie na leki przeciwdepresyjne, a także na większe wskaźniki zauważanych przez partnerów pozytywnych zmian w zdrowiu psychicznym pacjentów. Hellemans [20] z kolei poświęcił swoje badania na lepsze zrozumienie okoliczności leczących w MFT w zaburzeniach depresyjnych. Odkrył on istnienie kilku czynników terapeutycznych, które zgłaszane były zarówno przez pacjentów identyfikowanych, jak i ich partnerów. Były to m.in. obecność innych osób (doświadczających podobnego problemu), spójność i poczucie zrozumienia przez nich, możliwość otwarcia się i dyskusji, wgląd, a także doświadczanie obserwacji oraz poczucie prowadzenia przez terapeutę. Te czynniki pozwalają lepiej zrozumieć proces leczenia i wg autorów powinny być one podkreślane w procesie terapii i lepiej eksplorowane w przyszłości. MFT w leczeniu zaburzeń nastroju wdrażano również w przypadku pracy z dziećmi [21–24]. Znaczenie tego rodzaju pracy terapeutycznej podkreśla Fristad [21], zauważając, iż dzięki spotkaniom MFT znacząco wzrasta wiedza rodziców na temat objawów zaburzeń nastroju w wieku dziecięcym, jak i liczba pozytywnych interakcji wewnątrzrodzinnych zgłaszanych przez rodziców. Dzieci natomiast zauważały zmianę w sposobie wsparcia ze strony rodziców.

Siła i skuteczność oddziaływań wielorodzinnych w leczeniu schizofrenii bardzo szybko stały się oczywiste, podobnie i zainteresowanie rozwojem tej metody w różnych modelach czy warunkach stosowania. W chorobie afektywnej dwubiegunowej (ChAD), dzielącej ważne cechy ze schizofrenią (biologiczne podłoże, kontekst psychospołeczny) i która jest również ogromnym wyzwaniem dla rodziny chorego, zastosowanie MFT okazuje się dalece uzasadnione. Moltz z zespołem [25] w książce „Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders” opisuje użyteczność stosowania MFT w formie psychoedukacyjnej, która skierowana była zarówno do pacjentów radzących sobie z objawami ChAD, jak i ich rodzin. Zauważono, iż pacjenci uczestniczący w MFT

rzadziej przejawiali gniew oraz znacznie lepiej radzili sobie z objawami oraz epizodami choroby. Uczestnictwo w grupie wiązało się z rzadszą potrzebą hospitalizacji pacjentów lub występowaniem jedynie epizodów, w mniejszym stopniu destabilizujących ich życie. Prawdopodobnie dlatego, że pozostali uczestnicy grupy MFT znacznie wcześniej zauważali niepokojące sygnały i ruszali z pomocą choremu. Członkowie rodzin za największy dar, który otrzymywali od grupy poprzez pełne szacunku wysłuchanie doświadczeń, uznali znaczny wzrost pewności w radzeniu sobie z chorobą.

W tej samej zbiorczej publikacji można odnaleźć ciekawe doniesienia na temat roli MFT w leczeniu zaburzeń osobowości typu borderline [26]. Tak jak w terapii innych, istotnych zaburzeń psychicznych, siłą MFT była możliwość wywoływania przemian w systemie rodzinnym. Sposoby pracy tą metodą bezpośrednio dotyczyły problemów, z którymi na co dzień zmagają się rodziny czy sami pacjenci z zaburzeniem osobowości typu borderline. Członkowie grupy mogli przyjrzeć się swoim postawom i stylom ekspresji emocji, a ci, którzy radzili sobie lepiej w empatyzowaniu i rozumieniu innych, mieli okazję zademonstrować swoje umiejętności. Doniesienia z pracy Berkowitz [26] wskazują na zgłaszane przez pacjentów polepszenie komunikacji wewnątrzrodzinnej oraz zmniejszenie niechęci wobec członków rodziny.

W literaturze przedmiotu można odnaleźć liczne doniesienia na temat pracy z rodzinami osób z zaburzeniami odżywiania, zarówno w przypadku pacjentów dorosłych [27], jak i w okresie adolescencji [28–33]. Terapia wielorodzinna z udziałem opiekunów osób dorosłych chorujących na anoreksję istotnie różni się od pracy z nastolatkami. Rozbieżność opisywana przez terapeutów [27] dotyczy praw i odpowiedzialności, leżących zarówno po stronie chorujących, jak i ich rodzin. Terapia w przypadku dorosłych pacjentów dotyczyła często chorujących chronicznie. Głównym celem terapeutycznym nie było wyzdrowienie, a poprawa jakości życia. Spektrum rozwoju społecznego i emocjonalnego osób dorosłych z zaburzeniami odżywiania jest znacznie szersze, a stopień zaangażowania i niezależności od rodzin pochodzenia często nieadekwatny do wieku. Oddziaływania MFT skupiały się głównie wokół dzielenia się informacjami, wsparcia dla opiekunów, treningu rodzin w radzeniu sobie z objawami zaburzeń odżywiania, jak i przeciwdziałania stygmatyzacji i radzenia sobie ze stresem. Próbę adaptacji MFT dla rodzin z nastolatkami chorującymi na zaburzenia jedzenia podjęto m.in. na terenie Czech. Mehl [28] z zespołem opisała doświadczenia prowadzenia MFT w Centrum Zaburzeń Jedzenia w Klinice Psychiatrycznej w Pradze. Wyniki przeprowadzonych tam badań pilotażowych wskazywały na rozbieżne dowody odnośnie do roli MFT i wpływu metody na pacjentów z zaburzeniami odżywiania. Badacze odnotowali znaczący wzrost jakości życia pacjentów, jednak wraz ze wzrostem BMI (ang. *body mass index*) malało poczucie własnej wartości nastolatków.

Catherine Stewart [34] opisywała natomiast skuteczność oddziaływań wielorodzinnych w przypadku leczenia bulimii u nastolatków. Program skierowany do rodzin adolescentów skupiał się głównie na radzeniu sobie podczas napadów żarłoczności oraz redukcji objawów bulimii, możliwości kontrolowania czynników wpływających na nawroty choroby (w tym stresorów psychospołecznych), rodzinnych stylów komunikacji i interakcji (które są zakłócone przez zaburzenie odżywiania), a także istoty ciężaru i stresu, z którym boryka się rodzina osoby chorującej. Informacje zwrotne od biorących udział w spotkaniach wielorodzinnych dotyczyły wagi pozyskania nowych sposobów radzenia sobie z chorobą,



a także sposobów komunikacji wewnątrzrodzinnej. Analizy zebranych wyników klinicznych pozwoliły stwierdzić autorom, iż tego typu oddziaływania istotnie wpływały na redukcję objawów bulimii oraz depresji, wraz z zauważalnym wzrostem adaptacyjnych umiejętności radzenia sobie.

### MFT w Polsce

W Polsce terapia wielorodzinna nie jest jeszcze stosowana w wystarczającym stopniu. Jako element leczenia była proponowana pacjentom Poradni Rodzinnej Oddziału Dziennego Leczenia Psychoz SU w Krakowie [35]. W roku 2008 wspomniany już wcześniej zespół Zakładu Terapii Rodzin rozszerzał zainteresowanie metodą, stosując ją w terapii par [6]. Od roku 2011 Pracownia Psychologii i Psychoterapii Systemowej Katedry Psychiatrii UJ CM stara się o stworzenie zespołu psychoterapeutów wielorodzinnych i uruchomienie projektów badawczych w tym zakresie.

W 2016 roku dzięki dofinansowaniu ze środków Krajowego Naukowego Ośrodka Wiodącego przy Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum odbyło się pierwsze w Polsce szkolenie dla psychoterapeutów chcących pracować metodą MFT. W rocznym szkoleniu prowadzonym przez profesora Eia Asena i jego zespół z Anna Freud Centre z Londynu uczestniczyło 35 terapeutów pracujących na co dzień w nurcie psychodynamicznym i systemowym, mających doświadczenie we współpracy z rodzinami, dziećmi i młodzieżą. Efektem szkolenia jest rozszerzenie informacji na temat terapii wielorodzinnej, a również rozpoczęcie oddziaływań tą metodą na terenie Polski. Do tej pory przeprowadzono kilka edycji MFT zarówno na terenie Krakowa, Warszawy, jak i Stalowej Woli, i Wieliczki.

Doniesienia ze świata na temat skuteczności terapii wielorodzinnej skłaniają do podjęcia działań w kierunku włączenia tego rodzaju oddziaływań do stałej oferty Oddziału Klinicznego Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży SU w Krakowie. Przeprowadzone do tej pory projekty pilotażowe w formie wsparcia dla rodzin pacjentów w wieku 6–14 lat leczonych ambulatoryjnie i na oddziale dziennym zostały odebrane przez rodziny jako dobra forma uzupełniająca proces leczenia. W przygotowaniu pozostają publikacje, w których zamieszczone zostaną opisy zebranych doświadczeń z dotychczas przeprowadzonych spotkań.

### Piśmiennictwo

1. Buchmuller AD, Gildea MCL. Group therapy for parents of behaviour problem children in public schools. *Int. J. Soc. Psychiatry* 1955; 1(3): 51–56.
2. Ross WD. Group psychotherapy with patients' relatives. *Am. J. Psychiat.* 1948; 104(10): 623–626.
3. Ross WD. Group psychotherapy with psychotic patients and their relatives. *Am. J. Psychiat.* 1948; 105(5): 383–386.
4. Kahn SW, Prestwood AR. Group therapy of parents as an adjunct to the treatment of schizophrenic patients. *Psychiatry* 1954; 17(2): 177–185.

5. Gottlieb A, Mansell Pattison E. Married couples group psychotherapy. *Arch. Gen. Psychiatry* 1966; 14(2): 143–152.
6. de Barbaro B, Drożdżowicz L, Janusz B, Gdowska K, Dembińska E, Kołbik I, Furgał M. Multi-Couple Reflecting Team: Preliminary Report. *J. Marital Fam. Ther.* 2008; 34(3): 287–297.
7. Abrahams J, Varon EJ. Maternal dependency and schizophrenia: mothers and daughters in a therapeutic group, a group-analytic study. Nowy Jork: International Universities Press; 1953.
8. Levin EC. Therapeutic multiple family groups. *Int. J. Group Psychother.* 1966; 16(2): 203–208.
9. Hes JP, Handler SL. Multidimensional group psychotherapy. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1961; 5(1): 70–75.
10. Laqueur HP, Wells CF, Agresti M. Multiple-family therapy in a State hospital. *Psychiatr. Serv.* 1969; 20(1): 13–20.
11. Asen E. Multiple family therapy: an overview. *J. Fam. Ther.* 2002; 24(1): 3–16.
12. Benoit JC, Daigremont A, Kossmann L, Pruss P, Roume D. Groupe de rencontre multi-familial dans un pavillon de malades chroniques. *Annales médico-psychologiques* 1980; 10: 1253–1259.
13. Salem G, Von Niederhäusern O, Aubry M, Di Giampetro L. L'approche multifamiliale à l'hôpital psychiatrique. *Archives Suisses de Neurologie et Psychiatrie.* 1985; 136(6): 67–71.
14. Frankhauser A. Thérapies multifamiliales et schizophrénie: comment complexifier les représentations. Université de Lyon – Faculté de médecine. Praca doktorska. 2015.
15. Asen KE, Dawson N, McHugh B. Multiple family therapy: The Marlborough Model and its Wider Applications. Londyn: Karnac; 2001.
16. Kessler, DR, Curry AE. A Preliminary report on multiple conjoint family therapy. *Family Process.* 1965; 4(2): 311–313.
17. Barcai A. An adventure in multiple family therapy. *Fam. Process.* 1967; 6(2): 185–192.
18. Keitner GI, Drury LM, Ryan CE, Miller IW, Norman WH, Solomon DA. Multifamily group treatment for major depressive disorder. W: McFarlane WR. Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders. Nowy Jork: Guilford Press; 2002, s. 244–267.
19. Lemmens GM, Eisler I, Buysse A, Heene E, Demyttenaere K. The effects on mood of adjunctive single-family and multi-family group therapy in the treatment of hospitalized patients with major depression. *Psychotherapy and psychosomatics.* 2009; 78(2): 98–105.
20. Hellemans S, De Mol J, Buysse A, Eisler I, Demyttenaere K, Lemmens G. Therapeutic processes in multi-family groups for major depression: Results of an interpretative phenomenological study. *J. Affect. Disord.* 2011; 134(1): 226–234.
21. Fristad MA, Goldberg-Arnold JS, Gavazzi SM. Multi-family psychoeducation groups in the treatment of children with mood disorders. *J. Marital Fam. Ther.* 2003; 29(4): 491–504.
22. Fristad MA, Verducci JS, Walters K, Young ME. Impact of multifamily psychoeducational psychotherapy in treating children aged 8 to 12 years with mood disorders. *Arch. Gen. Psychiatry* 2009; 66(9): 1013–1021.
23. Mendenhall AN, Fristad MA, Early TJ. Factors influencing service utilization and mood symptom severity in children with mood disorders: effects of multifamily psychoeducation groups (MFPGs). *J. Consult. Clin. Psychol.* 2009; 77(3): 463–473.
24. MacPherson HA, Leffler JM, Fristad MA. Implementation of multi-family psychoeducational psychotherapy for childhood mood disorders in an outpatient community setting. *J. Marital Fam. Ther.* 2014; 40(2): 193–211.
25. Moltz DA, Newmark M. Multifamily groups for bipolar illness. W: McFarlane WR. Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders. Nowy Jork: Guilford Press; 2002, s. 220–243.

26. Berkowitz CB, Gunderson JG. Multifamily psychoeducational treatment of borderline personality disorder. W: McFarlane WR. Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders. Nowy Jork: Guilford Press; 2002, s. 268–290.
27. Treasure J, Whitaker W, Whitney J, Schmidt U. Working with families of adults with anorexia nervosa. *J. Fam. Ther.* 2005; 27(2): 158–170.
28. Mehl A, Tomanová J, Kuběna A, Papežová H. Adapting multi-family therapy to families who care for a loved one with an eating disorder in the Czech Republic combined with a follow-up pilot study of efficacy. *J. Fam. Ther.* 2013; 35(S1): 82–101.
29. Hollesen A, Clausen L, Rokkedal K. Multiple family therapy for adolescents with anorexia nervosa: A pilot study of eating disorder symptoms and interpersonal functioning. *J. Fam. Ther.* 2013; 35(S1): 53–67.
30. Voriadaki T, Simic M, Espie J, Eisler I. Intensive multi-family therapy for adolescent anorexia nervosa: adolescents' and parents' day-to-day experiences. *J. Fam. Ther.* 2015; 37(1): 5–23.
31. Salaminou E, Campbell M, Simic M, Kuipers E, Eisler I. Intensive multi-family therapy for adolescent anorexia nervosa: an open study of 30 families. *J. Fam. Ther.* 2015 (oczekuje na publikację). DOI: 10.1111/1467-6427.12075
32. Engman-Bredvik S, Carballeira Suarez N, Levi R, Nilsson K. Multi-family therapy in anorexia nervosa — a qualitative study of parental experiences. *Eat. Disord.* 2015; 24(2): 186–197.
33. Depestele L, Claes L, Lemmens G. Promotion of an autonomy-supportive parental style in a multi — family group for eating — disordered adolescents. *J. Fam. Ther.* 2015; 37(1): 24–40.
34. Stewart C, Voulgari S, Eisler I, Hunt K, Simic M. Multi-family therapy for bulimia nervosa in adolescence. *Eat. Disord.* 2015; 23(4): 345–355.
35. Bogacz J, Wojnar M. Terapia systemowa w grupie wielorodzinnej. *Psychoter.* 1995; 3: 27–36.

Adres: a.k.tomasiewicz@gmail.com